

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,  
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,  
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,  
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2014

Полиартритическая форма ЮРА была диагностирована у 27 больных, у 16 РФ (16 девочек), из которых впервые заболели ЮРА в возрасте 11 – 15 лет - 12 человек. У 4 полиартрит в течение 8 -10 лет трансформировался из олигоартрита, РФ у них раньше не определялся, рентгенологические изменения до периода пубертата были минимальными. Заболевание протекало с множественным поражением суставов как верхних, так и нижних конечностей, быстро развивалась амиотрофия, заинтересованность суставов шейного отдела позвоночника. Но у всех больных, невзирая на проводимую терапию (метотрексат в дозе 10мг/м<sub>2</sub>/нед, внутрисуставно дипроспан, инфузионную терапию с антиагрегантами), поражение суставов имело неуклонно-прогрессирующее течение с сужением суставной щели, эрозивно-деструктивными изменениями на рентгенограмме, распространенным остеопорозом и развитием контрактур у 4 человек. У 4 из 16 девочек выявлено поражение глаз в виде увета с последующим развитием катаракты.

**Результаты и обсуждение.** В отличие от девочек, у мальчиков, как правило, чаще поражались суставы нижних конечностей с нередкой заинтересованностью тазобедренных суставов, а также суставов шейного отдела позвоночника, отсутствовал РФ, кроме двух больных. Рентгенологические изменения суставов характеризовались остеопорозом вокруг пораженных суставов, сужением суставной щели и появлялись на 4-5 год после первых симптомов заболевания, кроме 2 мальчиков с положительным РФ, у которых сформировался артроз тазобедренного сустава.

Изменения в общем анализе крови как у девочек, так и мальчиков, были однотипны: ускоренная СОЭ, умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом, СРП от 40 до 120мг/л. У 4 мальчиков этой группы с рецидивирующим полиартритом в течение нескольких лет после перенесенной ветряной оспы наступила стойкая клиничко-лабораторная ремис-

сия продолжительностью до 3 лет.

**Выводы.** Таким образом, среди обследованных 64 больных с суставной формой только у 18 с деформирующим процессом в суставах и выявленным РФ диагноз ЮРА является обоснованным. Это соответствует общепринятому представлению ЮРА, как системному заболеванию соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего артрита [2,3,4,5]. У остальных детей болезнь находится в стадии формирования и не проявила своего истинного лица. Подтверждением чего является серонегативный вариант процесса у детей дошкольного возраста с выраженным клиничко-лабораторным синдромом и минимальными рентгенологическими изменениями при многократных обострениях заболевания и случаи стойкой клиничко-лабораторной ремиссии, наблюдаемой нами у 6 детей. Учитывая преобладание серонегативных вариантов суставного синдрома в детском возрасте с минимальными рентгенологическими изменениями при рецидивирующем процессе, целесообразно перейти на международный «язык» общения в диагнозе болезни, используя термин ЮИА.

#### Литература:

1. Алексеева Е.И., Шахбазян И.Е., Жлобина Е.С. Факторы неблагоприятного прогноза ревматоидного артрита у детей и возможности его изменения средствами лекарственной терапии. Рос. педиатр. журнал, 2003, №4, С.48-51.
2. Беляева, Л.М. Болезни суставов у детей и подростков (лекция). М.2002.С.60.
3. Кузьмина Н.Н. Ювенильные хронические артриты (Терминалогические и классификационные аспекты). Актуальные вопросы детской кардиологии на VIII Конгрессе педиатров России. М. 2003.С.21-24.
4. Cassidy I.T. Petty R E Textbook of pediatric rheumatology. Toronto. 2002. P. 113-220.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* У ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Макаренко Е.В., Пиманов С.И., Окорочков А.Н., Сапего Л.Г., Кавцевич М.Л., Дикарева Е.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) является одним из ведущих патогенетических факторов возникновения и рецидивирования гастродуоденальных язв, что подтверждается проведенными в различных странах исследованиями, в которых установлено уменьшение количества обострений и осложнений дуоденальных и желудочных язв после проведения эрадикации этого микроорганизма [7]. В Республике Беларусь ранее не выполнялось исследований, посвященных изучению отдаленных результатов эрадикации *H. pylori*.

**Целью** исследования явилось изучение влияния эрадикационной терапии на течение гастродуоденальных язв у пациентов с различными результатами лечения.

**Материал и методы.** Результаты эрадикации *H. pylori* проанализированы у 123 человек (79 мужчин и 44 женщин) в возрасте ( $M \pm \sigma$ ) 41,24±9,73 лет через 3-7 лет после полученного лечения. По результатам оценки через 2 мес и год после эрадикационной терапии у 38 пациентов была констатирована успешная эрадикация *H. pylori*, у 67 человек – частичная элиминация микроорганизма и 18 – неуспешная эрадикация. Всем пациентам была выполнена фиброгастроэзофагодуоденоскопия с морфологической оценкой биоптатов и проведена экспресс-диагностика хеликобактерной инфекции быстрым уреазным тестом.

**Результаты и обсуждение.** Отсутствие хеликобактерной инфекции через 3-7 лет после лечения

было подтверждено у 31 из 38 пациентов с успешной эрадикацией. У 7 человек из этой группы обнаружен *H. pylori*, что мы расценили как реинфекцию. Частота реинфекции, исходя из общего числа обследованных нами пациентов, за весь период наблюдения составила 5,7%, или 1,3% пациентов в год. У 43 больных (64,2%) из 67 человек с частичной элиминацией *H. pylori* хеликобактерная инфекция не диагностирована, 8 человек прошли повторные курсы эрадикационной терапии с положительным результатом лечения, и у 16 обнаружен *H. pylori*. Из 18 пациентов с неуспешной эрадикацией 7 больных осуществили повторную эрадикационную терапию, что привело к исчезновению хеликобактерной инфекции, и у 11 было подтверждено присутствие *H. pylori*.

Таким образом, через 3-7 лет после лечения по результатам уреазного теста и гистологического исследования у 89 человек из 123 констатировали отсутствие *H. pylori*, а у 34 больных была выявлена хеликобактерная инфекция. По этим результатам пациенты были распределены в две группы: с успешной и неуспешной эрадикацией *H. pylori*.

Группу из 89 человек с успешной эрадикацией составили 31 пациент с установленной ранее успешной эрадикацией, 43 человека с частичной элиминацией *H. pylori*, у которых хеликобактерная инфекция не была диагностирована и 15 больных прошедших повторную эрадикацию *H. pylori*.

В группу из 34 человек с неуспешной эрадикацией хеликобактерной инфекции вошли 11 человек с установленной ранее неуспешной эрадикацией, 16 больных из группы с частичной элиминацией микроорганизма *H. pylori*-позитивных и 7 больных с реинфекцией *H. pylori*.

Группу из 89 человек с успешной эрадикацией составили 31 пациент с установленной ранее успешной эрадикацией, 43 человека с частичной элиминацией *H. pylori*, у которых хеликобактерная инфекция не была диагностирована и 15 больных прошедших повторную эрадикацию *H. pylori*.

В группу из 34 человек с неуспешной эрадикацией хеликобактерной инфекции вошли 11 человек с установленной ранее неуспешной эрадикацией, 16 больных из группы с частичной элиминацией микроорганизма *H. pylori*-позитивных и 7 больных с реинфекцией *H. pylori*.

За год до проведения эрадикационной терапии у 74 пациентов с успешной эрадикацией (исключены 15 больных, у которых эрадикация наступила в результате повторного лечения) обострения ГДЯ были зарегистрированы в 20 случаях. После лечения эрозии гастродуоденальной зоны обнаружены у трех человек, т.е. в 6,7 раза реже, чем до эрадикации *H. pylori* ( $\chi^2=13,18$ ;  $p<0,001$ ).

Установлены отличия в клинической картине у больных гастродуоденальными язвами в зависимости от результатов эрадикационной терапии. Жалобы диспепсического характера (дискомфорт и боли различной интенсивности в подложечной области, тошнота, отрыжка) беспокоили 24 из 89 обследованных пациентов с успешной эрадикацией *H. pylori* (27,0%), и 26 из 34 больных (76,5%) с неуспешной эрадикацией хеликобактерной инфекции ( $\chi^2=22,98$ ;  $p<0,001$ ). Неуспешная эрадикация *H. pylori* существенно повышает вероятность диспепсических проявлений, ОР=8,80 (95% ДИ: 3,51-

22,10). Наличие изжоги отмечали 13 из 89 человек (14,6%) с успешной эрадикацией и 9 из 34 больных (26,5%) с неуспешной эрадикацией *H. pylori*. Этот клинический симптом оказался мало зависимым от результатов терапии ( $\chi^2=1,62$ ;  $p=0,203$ ), ОР=2,10, (95% ДИ: 0,80-5,51). Эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны в течение всего периода наблюдения зафиксированы у 4 из 89 пациентов (4,5%) в случае успешной эрадикационной терапии и у 8 из 34 больных (23,5%) при неуспешной эрадикации *H. pylori* ( $\chi^2=8,08$ ;  $p=0,004$ ). Персистенция хеликобактерной инфекции является фактором риска рецидивирования эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны (ОР=6,54; 95% ДИ: 1,82-23,47).

Положительная динамика в клинической картине отмечена также у 43 *H. pylori*-негативных пациентов из группы с частичной элиминацией. За весь период наблюдения у двух человек (4,7%) зарегистрировано наличие эрозий гастродуоденальной зоны, что наблюдалось реже, чем при неуспешной эрадикации *H. pylori* ( $\chi^2=4,43$ ;  $p=0,035$ ). Жалобы диспепсического характера также представляло значительно меньше пациентов из этой группы, 12 человек (27,9%), по сравнению с больными, имеющими хеликобактерную инфекцию ( $\chi^2=16,02$ ,  $p<0,001$ ).

Полученные нами результаты подтверждают имеющиеся в литературе данные о том, что успешная эрадикация *H. pylori*-инфекции приводит к уменьшению рецидивов ДЯ и ЯЖ [2]. Следует учесть, что даже в случае успешной эрадикации *H. pylori* могут возникать гастродуоденальные эрозии и рефлюкс-эзофагиты, несмотря на положительную динамику морфологических показателей, отражающих состояние СОЖ [1]. Предполагается, что это связано с восстановлением секреции соляной кислоты на фоне улучшения состояния СОЖ [6]. Это может объяснить отсутствие статистически значимых отличий по частоте возникновения изжоги между пациентами с успешной и неуспешной эрадикацией.

Степень реинфекции *H. pylori* у взрослых в индустриально развитых странах составляет менее 2% пациентов в год [3]. В противоположность этому в развивающихся странах зафиксирована частота реинфекции более чем 10%. В Китае процент реинфекции по данным разных авторов – от 1 до 5%. В Японии, несмотря на высокую распространенность хеликобактерной инфекции в популяции, реинфекция при двухлетнем наблюдении равнялась 1,5% в год [4, 5]. Установленный нами уровень реинфекции после успешной эрадикации хеликобактерной инфекции приближается к европейским показателям и ниже, чем в развивающихся странах.

#### Выводы.

1. У больных с неуспешной эрадикацией *H. pylori* чаще возникали эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка и жалобы диспепсического характера, чем у пациентов с успешной эрадикацией.

2. Реинфекция *H. pylori* выявлена у 5,7% больных и составила 1,3% пациентов в год.

3. У 64,2% пациентов с частичной элиминацией *H. pylori* через 3-7 лет после лечения хеликобактерная инфекция не выявлялась.

### Литература:

1. Five-year follow-up study of histological and endoscopic alterations in the gastric mucosa after *Helicobacter pylori* eradication / Y. Oda [et al.] // Dig. Endosc. – 2004. – Vol. 16. – P. 213–218.
2. Long-term effects of eradication of *Helicobacter pylori* on relapse and histology in gastric ulcer patients: a two-year follow-up study / R. Befrits [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 39. – P. 1066–1072.
3. Prevalence of *H. pylori*-infection in family members of *H. pylori* positive and its influence on the Reinfection rate after successful eradication therapy: a two-year follow-up / C. Knippig [et al.] // Z. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 40. – P. 383–387.
4. Reinfection rate and endoscopic changes after successful eradication of *Helicobacter pylori* / K.H. Ryu [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 16, № 2. – P. 251–255.
5. Reinfection rate following effective therapy against *Helicobacter pylori* infection in Japan / M. Adachi [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2002. – Vol. 17. – P. 27–31.
6. Reversal of fundic atrophy after eradication of *Helicobacter pylori* / A. Tucci [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 1998. – Vol. 93. – P. 1425–1431.
7. The role of infectious agents in peptic ulcer disease / G.N.J. Tytgat [et al.] // Gastroenterol. Int. – 1993. – Vol. 6. – P. 76–89.

## СОСТОЯНИЕ МАГИСТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*Подолинская Н.А., Пальгуева А.Ю.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Одним из наиболее важных системных ревматологических заболеваний в медицинском и социально-экономическом плане является ревматоидный артрит (РА), его распространенность в популяции колеблется от 0,5% до 1% [1]. Пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст и уже через 10-15 лет после появления первых симптомов 60% заболевших имеют серьезные нарушения функциональных возможностей [2]. Общеизвестным является факт, что основной причиной ухудшения качества жизни пациентов с ревматоидным артритом (РА) является хронический болевой синдром. С одной стороны болевой синдром может быть обусловлен активным воспалительным процессом, с другой - деструкцией тканей и анатомическими изменениями в хрящах, костях и мягких периартикулярных тканях. Причиной болевого синдрома у этих пациентов так же могут быть системные проявления РА (васкулит, перикардит, плеврит, полиневропатия), осложнения медикаментозной терапии, коморбидные состояния. В частности болевые ощущения в области живота могут быть связаны с НПВС-гастропатией, остеохондрозом поясничного отдела позвоночника и, возможно, с атеросклеротическим поражением брюшного отдела аорты. С целью уточнения источников болевых ощущений в животе возможно использование пальпации органов, сосудов, позвоночника под контролем ультразвука во время проведения исследования органов брюшной полости.

**Цель работы** - изучение распространенности атеросклеротического поражения магистральных артерий у пациентов с РА, а так же определение возможных источников болевых ощущений в области живота при проведении эхоконтролируемой пальпации.

**Материал и методы.** В исследование было включено 75 пациентов, страдающих РА. Обследованные лица с РА были в возрасте от 20 лет до 51 года. При этом средний возраст составил  $38,7 \pm 7,4$  лет. В исследовании приняли участие 5 мужчин, что со-

ставляло 6,7%. Обследовано 70 (93,3%) женщин. В качестве контрольной группы (КГ) выступили 28 здоровых лиц. Лица контрольной группы были сопоставимы по полу и возрасту с пациентами с РА.

Длительность суставной патологии в группе РА была от 1 года до 24 лет. Продолжительность заболевания в среднем составила  $8,3 \pm 5,4$  лет. Ревматоидный фактор определялся в сыворотке крови у 51 (68 %) человека, соответственно серонегативный вариант заболевания имели 24 (32%) обследованных. В соответствии с DAS 28 ремиссия РА определена у 2 (2,7%) пациентов, низкая активность - у 4 (5,3%), умеренная - у 35 (46,7%), высокая - у 34 (45,3%). Рентгенологическая II стадия заболевания была определена у 32 (42,7%) лиц, III - у 27 (36%), IV - у 16 (21,3%). Функциональный класс I установлен в 31 (41,3%) случае, II - в 41 (54,7%), III - в 3 (4%). Внесуставные проявления РА имели место у 14 (18,7%) человек. Базисную терапию получали 66 (88%) обследованных лиц, из них 1 (1,3%) человек получал сульфасалазин, остальные 65 (86,7%) - метотрексат. Ультразвуковая эхография артерий в серой шкале выполнялась с использованием ультразвукового аппарата "Сономед-400С" (Россия) с частотой излучения датчика 6,0-9,0 МГц и точностью измерительной системы 0,1 мм. Использовали В- и М-режимы. В план ультразвукового скрининга были включены абдоминальный отдел брюшной аорты, общие сонные и экстракраниальные отделы наружной и внутренней сонных артерий.

Толщина комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий до 0,9 мм расценивалась как нормальная, за утолщение принимали значение КИМ  $>0,9$  мм -  $<1,3$  мм. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости проводили эхоконтролируемую пальпацию желудка, луковицы 12-перстной кишки, желчного пузыря, поясничного отдела позвоночника, брюшной аорты. Выраженность болевых ощущений пациентам предлагали оценить по шкале ВАШ.

База данных была создана с использованием по-